



SOLICITUD DE EVALUACIÓN OFICIAL DE COMPARTIMENTO

I. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Nombre o Razón Social: _____

2. RUT del Titular: _____

3. Representante (M.V): _____

Contacto

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

II. DATOS DEL COMPARTIMENTO

1. Identificación centro(s) que conforma(n) el compartimento (RNA):

2. Enfermedades para los que se declaran libres

ISAv HPR0

ISAv otros HPR

Necrosis Hematopoyética Epizootica

Necrosis Hematopoyética Infecciosa

Septicemia Hemorrágica Viral

Infección por alfa virus de los salmónidos (SAV)

Infección por *Totivirus*

Otras (indicar) _____

**USO EXCLUSIVO
SERNAPESCA**

CONTROL DE EVENTOS

* Recepción Salud Animal

Fecha: _____

* Se solicita correcciones

SI	NO
----	----

Fecha: _____

* Visita de inspección

Fecha: _____

* Despacho de informe de
evaluación

Fecha: _____

Firma del Titular o Representante Legal

Timbre control interno de recepción